



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2010

---

## **Die Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz**

Bleichenbacher, M ; Heitlinger, E ; Imthurn, B

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-46432>

Journal Article

Originally published at:

Bleichenbacher, M; Heitlinger, E; Imthurn, B (2010). Die Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz. Schweizerische Ärztezeitung, (91):1373-1377.

# Die Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz

**Eine repräsentative Gruppe von Schweizer Expertinnen und Experten entwickelte eine tragfähige und zukunftsorientierte Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin. Verschiedene Thesen und erste Schritte der Umsetzung wurden diskutiert. Sie werden im Folgenden vorgestellt.\***

Markus Bleichenbacher,  
Ellen Heitlinger,  
Bruno Imthurn  
im Namen  
der AGART-Gruppe\*\*

\* Der Beitrag basiert auf dem Protokoll der AGART-Sitzung vom 1. Oktober 2009 in Bern.

\*\* AGART-Gruppe (Advisory Group Assisted Reproductive Therapy, in alphabetischer Reihenfolge):  
Prof. Dr. med. J. Bitzer, Basel  
Dr. med. M. Bleichenbacher, Luzern  
Dr. med. B. Bourrit, Genf  
Prof. Dr. med. H.U. Bucher, Zürich  
Dr. med. P. Fehr, Schaffhausen  
Dr. med. H. Fontana, Zollikon  
Prof. Dr. med. M. Germond, Lausanne  
Prof. Dr. med. C. De Geyter, Basel  
Dr. M. De Geyter, Basel  
Dr. med. M. Häberle, Zürich  
Prof. Dr. med. M. Hohl, Baden  
Prof. Dr. med. B. Imthurn, Zürich  
Prof. Dr. med. P. Miny, Basel  
Dr. med. C. Sigg, Zürich  
Dr. med. T. Suter, Lugano  
Prof. Dr. med. M. von Wolff, Bern  
PD Dr. med. D. Wunder, Lausanne

AGART wird durch einen «unrestricted educational grant» von MerckSerono, Merck (Schweiz) AG, Zug, unterstützt.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Bruno Imthurn  
Klinik für Reproduktions-Endokrinologie  
UniversitätsSpital Zürich  
CH-8091 Zürich

## Die Situation in der Schweiz

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) werden in 26 Schweizer Zentren Methoden der Fortpflanzungsmedizin angeboten. Davon sind 25 IVF-Zentren (In-vitro-Fertilisation-Zentren) in der FIVNAT-CH zusammengeschlossen (Annual Report 2008) [1–3]. Nach Angaben des BFS wurden im Jahr 2008 in der Schweiz täglich fünf Kinder infolge einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung geboren [1]. Die Schweizer Zentren konnten weit über der Hälfte der dort behandelten Paare zu einem Kind verhelfen. Etwa jede fünfte Geburt war eine Zwillingsgeburt.

Verglichen mit Ländern, in denen eine liberalere Gesetzgebung besteht, ist die Erfolgsrate in der Schweiz erfreulicherweise nur marginal niedriger. Mit einer freierlicheren Gesetzgebung wäre dennoch eine weitere Verbesserung möglich. Das derzeitige restriktive schweizerische Fortpflanzungsmedizinengesetz verbietet beispielsweise das Einfrieren von Embryonen. Nur so viele befruchtete Eizellen dürfen zu Embryonen kultiviert werden, wie später effektiv in die Gebärmutter transferiert werden. Überzählige fertilisierte Eizellen müssen im Pronukleid-Stadium kryokonserviert werden, bevor die Verschmelzung von weiblichem und männlichem Zellkern stattgefunden hat. Diese Regel wurde wegen ethischer Bedenken gegen die Vernichtung überzähliger Embryonen ins Gesetz aufgenommen. Sie verbietet es, die ersten Entwicklungstage abzuwarten und erst dann die Auswahl für die Übertragung zu treffen («Embryoselektion») und die überzähligen zu kryokonservieren. Dies limitiert die Erfolgsaussichten der assistierten Reproduktionstechniken (ART – Assisted Reproductive Therapy) in der Schweiz und trägt indirekt zur erhöhten Mehrlingsrate bei. Denn um zu vermeiden, dass bei ausbleiben der Embryonalentwicklung kein Embryotransfer stattfinden kann, werden in der Regel zwei Embryonen kultiviert, die auch beide transferiert werden müssen. Bei entsprechender Selektion sind aber auch bei Übertragung nur eines einzelnen Embryos hohe Erfolgsraten zu erzielen, was sich günstig auf die Mehrlingsraten auswirkt und ausserdem die Gesundheitskosten reduzieren würde. Bei Mehrlingen sind das Frühgeburtsrisiko und das Risiko, in Neugeborenen-Intensiv-

stationen behandelt werden zu müssen, erhöht. Die Kosten dafür übernehmen zwar die Krankenkassen, dadurch wird aber die Allgemeinheit belastet. Die Kosten der ART sind hingegen in der Schweiz nicht krankenkassenpflichtig. Dies hat zur Folge, dass hierzulande deutlich weniger IVF-Behandlungen durchgeführt werden als im europäischen Ausland (Tab. 1).

Neben der Embryoselektion sind in der Schweiz ebenfalls die Leihmutterchaft, Eizell- und Embryonenspende, die Konservierung von Embryonen sowie die Präimplantationsdiagnostik (genetische Untersuchung des Embryos vor dem Transfer) verboten.

Sind all diese Einschränkungen noch zeitgemäss? Welche Faktoren beeinflussen die ART heute und morgen in der Schweiz? Welche Aspekte sind für die Schweizer Reproduktionsmedizin von Bedeutung, wohin soll die Entwicklung gehen? Darüber hat sich eine Gruppe führender Schweizer Experten aus der Reproduktionsmedizin, Andrologie, Neonatologie, Psychosomatik und Genetik Gedanken gemacht und verschiedene Thesen diskutiert.

**Tabelle 1**  
IVF-Behandlungszyklen pro Million Personen.

Dänemark	2,031
Belgien	1,682
Finnland	1,503
Island	1,434
Schweden	1,322
Slowenien	1,288
Deutschland	1,242
Norwegen	1,172
Niederlande	1,093
Frankreich	1,009
Schweiz	0,785
Grossbritannien	0,633
Kroatien	0,611
Österreich	0,602

Quelle: ESHRE 2009 (Europäisches IVF-Monitoring)

### Der Hintergrund

Die Experten waren sich darüber einig, dass die ART in Zukunft vor allem durch drei Aspekte massgeblich beeinflusst werden wird: 1. gesellschaftliche Veränderungen, 2. neue therapeutische Optionen und 3. die Gesundheitspolitik. Alle drei Aspekte werfen auch ethische Fragen auf.

Zu den *gesellschaftlichen* Veränderungen gehören:

- die steigende Lebenserwartung,
- eine Verschiebung von Kinderwunsch und Familienplanung ins höhere Alter,
- der steigende gesellschaftliche Druck, gesunde Kinder zu bekommen,
- eine möglicherweise nachlassende männliche Fertilität sowie
- die neue Möglichkeit der Anlage einer Zeugungsreserve, die ebenfalls gesellschaftliche Fragen aufwirft.

Bei den neuen *therapeutischen* Optionen geht es um Methoden wie die milde Stimulation, um neue Stimulationsprotokolle, aber auch um Genetik und Stammzellentwicklung.

In der *Gesundheitspolitik* sind Fragen zu den Kosten, zur Embryooption, zu europäischen Richtlinien, Präimplantationsdiagnostik und einer strukturierten Ausbildung im Bereich Reproduktionsmedizin und -biologie zu klären.

### Die Thesen

Folgende Thesen wurden von den Experten detailliert diskutiert:

#### Gesellschaftliche Veränderungen

*1. These: Kontrazeption und Fertilität haben den gleichen Stellenwert und müssen gleichgewichtig in alle Aufklärungsstrategien einbezogen werden.*

Diese These wurde mit grosser Mehrheit befürwortet. Hintergrund ist die Feststellung, dass die Verhütung einen hohen gesellschaftlichen Stellenwert und eine hohe Akzeptanz besitzt (z. B. Aufklärung in Schulen). Diese These soll dazu beitragen, das Problem «Infertilität» aus dem Randbereich zu holen. Neben der Schwangerschaftsverhütung ist es wichtig, auch über

die Fertilität und die assoziierten Fakten, wie die altersbedingte Abnahme, zu informieren. Die WHO thematisiert inzwischen die Fertilität ebenfalls und stuft sie als essentiell ein, da sie das Überleben der Menschheit sichert.

Die Expertenrunde schlug vor, neben der kontrazeptiven Beratung auch eine institutionalisierte Fertilitätsberatung einzuführen, weil die gesellschaftliche Entwicklung in dieser Hinsicht einen erhöhten Informationsbedarf schafft.

### Sind all diese Einschränkungen noch zeitgemäss?

*2. These: Jede Frau muss wissen, dass die Familienplanung ab Mitte 30 zunehmend schwieriger wird und die Fertilität rasch abnimmt. Jeder junge Mann sollte über den Einfluss von Alter und Erkrankungen auf seine Zeugungsfähigkeit informiert werden.*

Nach kontroverser Diskussion wurde dieser These mehrheitlich zugestimmt. Erstaunlich ist, wie wenig Frauen bewusst ist, dass die Fertilität ab 35 drastisch abnimmt. Das durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt nimmt seit Jahren kontinuierlich zu (s. Abb. 1). Auch viele männliche Fertilitätsstörungen könnten durch eine bessere Informationspolitik vermieden werden, z. B. indem Varikozelen rechtzeitig erkannt und therapiert werden könnten.

Viele Frauen unterliegen ausserdem dem Irrtum, die Fortpflanzungsmedizin könne «alles korrigieren». Dies wird durch die Medien noch unterstützt, die immer wieder über Fälle berichten, in denen teilweise weit über 40-jährige Frauen gesunde Kinder zur Welt bringen. So wird die Zeitspanne, die noch zur Familienplanung zur Verfügung steht, von den Frauen überschätzt.

Wichtig ist eine gute und ausgewogene Information: Eine Awareness-Kampagne der amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (ASRM), die mit einer Schoppenflasche als Sanduhr über die sinkende Fertilitätskurve aufklärte, ist als zu eigennützig kritisiert worden.

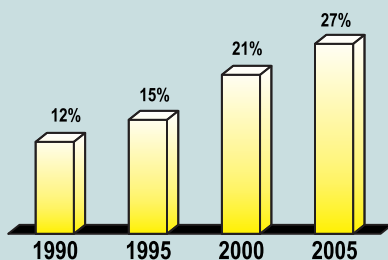
Aber nicht nur die Fertilität sinkt, auch die Schwangerschaft wird mit zunehmendem Alter risikoreicher und das genetische Risiko steigt. Auch das Alter des Vaters spielt eine gewisse Rolle. Allerdings ist der Trend zum späteren Kind auch ein gesellschaftliches Problem. Den Eltern sollte es erleichtert werden, neben der Berufstätigkeit auch Kinder zu haben, etwa durch bessere Betreuungsangebote. Bei diesen Massnahmen handelt es sich um eine «Prävention der ART».

*3. These: Jedes Paar muss vor Behandlungsbeginn realistisch und individuell über die Erfolgsaussichten informiert werden.*

Dieser These wurde einhellig zugestimmt.

#### Geburten von ≥35-jährigen Müttern in der Schweiz

Prozent aller Geburten



Bundesamt für Statistik (2007)

Abbildung 1

Prozentualer Anteil der Geburten in der Schweiz bei Müttern im Alter von 35 Jahren oder älter.

#### 4. These: Es gibt keine Garantie auf Erfolg.

Diese These wurde einstimmig befürwortet. Im Rahmen der Aufklärungskampagne sollte folgende Aussage deutlich gemacht werden: «Die Medizin kann nicht alle Probleme lösen.» Allerdings erschweren gesetzliche Regelungen, wie das Verbot der Embryoselektion, die Erfolgsvoraussagen in der Schweiz zusätzlich.

#### 5. These: Der regelmässige Fertilitätscheck sollte im reproduktionsfähigen Alter obligater Teil der Gesundheitsvorsorge bei Frau und Mann werden.

Diese provokative These wurde einheitlich abgelehnt. Die Argumente waren: Sinnvoll ist ein solcher Check nur bei aktuellem Kinderwunsch. Die Fertilität lässt sich nicht «im Voraus» testen. Sie kann sich über die Jahre verändern, zudem müssen immer beide Partner gemeinsam betrachtet werden. Die verfügbaren Tests sind ausserdem noch nicht sensitiv und spezifisch genug.

#### 6. These: Das Ziel jeglicher reproduktiver medizinischer Massnahmen muss eine gesunde Einlingsschwangerschaft, d. h. ein gesundes Einlingskind, sein.

Diese Zielformulierung fand einheitliche Zustimmung, jedoch mit Einschränkungen. Die kategorische Forderung nach einem gesunden Einlingskind gehe an der Realität vorbei, so die Kritik. Fairness gegenüber den Paaren bezüglich realistischer Erfolgschancen ist wichtig. Eine Zwillingschwangerschaft sollte nicht als «Kunstfehler» dargestellt werden. Denn es gibt keine verlässlichen Daten, die ein höheres Risiko einer Zwillingschwangerschaft gegenüber zwei aufeinanderfolgenden Einlingsschwangerschaften belegen würden. Drillingsschwangerschaften hingegen sollten aufgrund des eindeutig höheren Risikos unbedingt vermieden werden.

Insgesamt herrschte ein Konsens darüber, dass es möglich sein muss, eine Einlingsschwangerschaft anzustreben ohne Einbussen der Erfolgschancen. Dies ist – wenn die Möglichkeit der Mehrlingsreduktion mittels selektivem intrauterinem Fötozid ausser Acht gelassen wird – nur mit der Möglichkeit einer Embryoselektion erreichbar, d. h. mit der Kultivierung aller Pronukleide und der Kryokonservierung von Embryonen.

#### 7. These: Jede Frau, die ihre Familienplanung bis zum 35. Lebensjahr nicht abgeschlossen hat, sollte über die medizinischen Möglichkeiten einer Zeugungsreserve informiert werden.

Die These, die lediglich ein Informationsrecht fordert, fand «als Diskussionsanstoss» mehrheitliche Zustimmung. Sinnvoll ist die Anlage einer Zeugungsreserve bei bestimmten Tumorerkrankungen, die eine Chemotherapie erfordern. Damit kann den Frauen z. B. nach einer erfolgreichen Krebstherapie die Chance einer Schwangerschaft erhalten bleiben. Diese Methoden auch dann einzusetzen, wenn die Frau aufgrund von

Karriere oder noch fehlendem Partner den Kinderwunsch weiter aufschieben will, fand keine einheitliche Zustimmung. Dem bereits beschriebenen, aus fortpflanzungsbiologischer Sicht, negativen Trend zur späteren Elternschaft würde dadurch Vorschub geleistet werden. Es würde auch die Gefahr bestehen, dass dies nur eine Option für eine finanzkräftige Oberschicht wird. Ausserdem wäre eine Altersgrenze, z. B. von 40 Jahren, zu diskutieren. Zudem ist der Erfolg einer oder sogar mehrerer Schwangerschaften und Geburten nach Eizell-Kryokonservation alles andere als gesichert.

Es handelt sich hier um ein tiefgreifendes gesellschaftspolitisches Thema, das auf jeden Fall öffentlich diskutiert werden sollte. Das Recht der Frauen, sich darüber zumindest zu informieren, ist jedoch unbestritten.

### Neue Therapien

#### 8. These: Das Stimulationsprotokoll muss an jede Frau individuell angepasst werden.

Dieser These wurde einheitlich zugestimmt. Allerdings sind neue Methoden wie «soft oder mild stimulation» bislang noch ungenügend etabliert. Die Individualisierung stellt auch einen Trend der heutigen Zeit dar. Natürlich ist ein angepasstes Vorgehen wichtig, doch wurde es auch kritisiert: «Die Behandlung sollte nicht zu kompliziert gemacht werden!»

#### 9. These: Neue Methoden müssen strengen wissenschaftlichen Kriterien genügen (angepasst an das zu erwartende Risiko).

Diese These wurde einstimmig befürwortet. Der Begriff der «wissenschaftlichen» Kriterien ist umfassend zu verstehen: Nicht nur naturwissenschaftliche Aspekte sind für die ART von Bedeutung, auch die sozialwissenschaftlichen Folgen einer neuen Methode sollten für die Paare evaluiert werden.

Bisher sind neue Methoden der ART oft zu rasch verbreitet worden. Beispiel: ICSI (intrazytoplasmatische Spermien-Injektion). Die Fehlbildungsproblematik hätte vor der breiten Einführung von ICSI z. B. tierexperimentell besser untersucht werden sollen. Die ersten Behandlungen beim Menschen hätten unter kontrollierten Bedingungen an einzelnen spezialisierten Zentren und bei guter Überwachung erfolgen sollen, bevor die Methode in der Breite angewendet wurde.

Das Problem ist, dass bei neuen Methoden, die höhere Erfolgsraten versprechen, schnell ein enormer Druck entsteht, diese breit verfügbar zu machen. Im Fall von ICSI ergaben sich glücklicherweise bislang keine wesentlich negativen Folgen. In Belgien werden ICSI-Kinder mittels eines Registers über Generationen nachverfolgt. Obwohl solche Daten wichtig für die Sicherheitsevaluation sind, kann man realistischerweise (s. oben) die Ergebnisse solcher Register nicht abwarten, bevor eine Methode eingeführt wird.

*10. These: Studienprotokolle müssen wissenschaftlich und ohne Interessenskonflikte evaluiert sein.*  
Dieser These wurde einheitlich zugestimmt.

*11. These: Der Nutzen von PGS (genetisches Präimplantations-Screening) ist umstritten und wissenschaftlich nicht belegt.*  
Diese These wurde in dieser Formulierung mehrheitlich abgelehnt. Die Aussage ist zu stark verallgemei-

das überzählige Chromosom entfernt werden. Auch Mutationen, die zu Stoffwechselkrankheiten führen, könnten therapiert werden.

Die Diskussion darüber darf aber nicht allein auf wissenschaftlicher Ebene geführt werden. Es braucht eine «philosophy of science», bei der auch ethische und philosophische Aspekte berücksichtigt werden können. Auch hier ist eine öffentliche Diskussion notwendig.

---

## Das Problem ist, dass bei neuen Methoden, die höhere Erfolgsraten versprechen, schnell ein enormer Druck entsteht, diese breit verfügbar zu machen

---

nernd, sie sollte konkretisiert werden. Ein molekularbiologisches Präimplantations-Screening kann z. B. in Hochrisiko-Situationen durchaus sinnvoll sein. Auch ein Screening auf Aneuploidien ist gesondert zu betrachten. Die zukünftigen Resultate, z. B. aufgrund von Microarray-CGH (comparative genomic hybridisation), sind vor einer definitiven Stellungnahme zu dieser These abzuwarten.

*12. These: PGD (genetische Präimplantations-Diagnostik) muss in der Schweiz ermöglicht werden, wenn ein erhöhtes Risiko auf die Übertragung von schweren, nicht heilbaren genetischen Erkrankungen vorliegt. Dazu sind Änderungen im Fortpflanzungsmedizinengesetz erforderlich (breites Spektrum > Liste BAG).*

Die einheitliche Forderung war, für die PGD die gleichen Kriterien (auch in Bezug auf die Kassenpflicht) anzulegen wie für die Pränatal-Diagnostik und den Schwangerschaftsabbruch. Die daraus folgende Konsequenz einer Embryonenauswahl sollte dabei ethisch gegen den Schwangerschaftsabbruch abgewogen werden. Die politisch-ethische Debatte um eine solche genetische Selektion muss öffentlich stärker geführt werden. Zurzeit zieht der Bundesrat eine Verfassungsänderung in Erwägung, um die Präimplantationsdiagnostik zu etablieren.

*13. These: Die Entwicklung in der Reproduktionsmedizin wird durch den Fortschritt in der Genetik wesentlich beeinflusst.*

Die Diskussion um diese These war kontrovers. Die Genetik wird nicht die Probleme der ART lösen, so ein Einwand, sondern könnte möglicherweise ihre Indikationen verändern. Zweifelsohne wird jedoch die Genetik in der Reproduktionsmedizin einen grossen Einfluss haben.

Die Reproduktionsmedizin erlaubt den Zugang zur Eizelle, so dass dort nicht nur diagnostisch, sondern in ferner Zukunft auch therapeutisch eingegriffen werden könnte. Beispielsweise könnte bei einer Trisomie

*14. These: Die Stammzellen-Forschung und -Anwendung müssen ermöglicht werden.*

Diese These wurde einstimmig abgelehnt. Die Reproduktionsmedizin schafft als «provider» von Stammzellen lediglich die Basis für die Stammzellenforschung. Eventuell können betroffene Paare überzählige Embryonen für die Forschung zur Verfügung stellen. Doch sind die Regelungen hierzu nicht die Angelegenheit der Reproduktionsmedizin.

### Gesundheitspolitik

*15. These: ART soll in der Schweiz – genau wie im restlichen Europa – mindestens teilweise eine Kassenleistung werden.*

Nicht für alle Bevölkerungsschichten sind die Kosten der ART tragbar. Daher wurde einheitlich befürwortet, dass gewisse Leistungen übernommen werden sollten, um auch diesen Bevölkerungsschichten den Zugang zur ART zu ermöglichen. Die Frage ist, ob die Solidargemeinschaft bereit ist, Kinderlosigkeit als Krankheit anzuerkennen und entsprechende Therapien zu finanzieren, entweder über die Krankenkassen oder durch den Staat. Langfristig weist die ART für die Schweiz sozioökonomische Vorteile auf.

*16. These: Eine Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes kann die Folgekosten reduzieren.*

Die Diskussionsteilnehmer stimmten dieser These einheitlich zu. Bedeutsam für die Reduktion der Folgekosten ist hierbei insbesondere die Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften, z. B. über eine bessere Vorauswahl der transferierten Embryonen, was zu einer Reduktion der Mehrlingsschwangerschaften bei gleichzeitiger Erhaltung einer guten Schwangerschaftschance führt.

*17. These: Die Vergütung der Behandlungskosten soll mit der Einhaltung von Behandlungskriterien verknüpft werden, um Mehrlingsschwangerschaften zu vermindern.*



Diese These fand einhellige Zustimmung. In der Schweiz wäre allerdings nur dann ein solches Vergütungsmodell anwendbar, wenn die Vorauswahl der Embryonen ermöglicht werden würde. Dies könnte erst nach einer Anpassung des Schweizer Fortpflanzungsmedizingesetzes erfolgen. Es sind zudem weitere, auf die Schweizer Situation zugeschnittene Vorgaben erforderlich (Stichwort: Sicherung der Weiterbildung).

*18. These: Die Spende überzähliger Embryonen für eine Adoption soll ermöglicht werden (die Bereitschaft, überzählige Pronukleide zu spenden, ist vorhanden) → Gesetzesänderung / Ressourcen nutzen.*

Dieser These wurde einhellig zugestimmt.

*19. These: Es soll möglich werden, die in vergleichbaren Ländern akzeptierten Methoden auch in der Schweiz anzuwenden (z.B. Embryoselektion, Eizellspende, Embryospende). Bis dahin dürfen suchende Paare dahingehend beraten werden, dass sie die bestmögliche Behandlung am richtigen Ort erhalten.*

Diese These wurde kontrovers diskutiert. Die Eizell- und die Embryospende weisen ethische Komponenten auf, die es im Vorfeld zu klären gilt. Sobald die genetische und soziale Elternschaft getrennt werden, ist eine Evaluation der medizinischen und psychosozialen Risiken für das Paar und das Kind notwendig. Dazu braucht es ein etabliertes System gut ausgebildeter Berater (Counsellors). In der Schweiz wird dieses Counselling durch Ärzte sichergestellt, was eine hohe Beratungsqualität ermöglicht. Wird die Eizellspende in der Schweiz erlaubt, bedarf es einer strukturierten und spezialisierten Ausbildung von Ärzten und paramedizinischem Personal, um eine hohe Beratungsqualität zu gewährleisten. Solange die Eizellspende in der Schweiz nicht erlaubt ist, sollten Paare kompetent über seriöse Zentren im Ausland beraten werden können.

*20. These: Im Bereich Biologie und Labor soll eine strukturierte und anerkannte Zusatzausbildung geschaffen werden.*

Dieser These wurde mehrheitlich zugestimmt. Die Frage stellte sich, ob die Anzahl der Patientenfälle ausreicht, um eine solche Zusatzausbildung in der Schweiz zu etablieren. Es sollte ermöglicht werden, im Bereich der Reproduktionsbiologie einen FAMH-Fachtitel zu erwerben.

*21. These: Im Bereich Reproduktionsmedizin und -biologie müssen genügend Ausbildungsplätze geschaffen werden.*

Diese These wurde einhellig unterstützt. Es sollten neben der Reproduktionsmedizin und -biologie auch

psychosoziale und ethische Ausbildungsinhalte vermittelt werden.

### Fazit

Erste Schritte in Richtung einer tragfähigen und zukunftsorientierten Vision von assistierter Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz wurden von der AGART (Advisory Group Assisted Reproductive Therapy), einer Gruppe führender Schweizer Experten aus der Reproduktionsmedizin, Andrologie, Neonatologie, Psychosomatik und Genetik erarbeitet und in verschiedenen Thesen festgehalten. Die bereits hohe Qualität von ART in der Schweiz sollte entsprechend der heutigen Bedürfnisse der Paare noch weiter gesteigert werden. Dazu ist eine liberalere Gesetzgebung für die Reproduktionsmedizin unerlässlich, um auch dem medizinischen Fortschritt gerecht werden zu können. Die Einführung der Präimplantationsdiagnostik, die Aufhebung der Limitation der weiter zu kultivierenden Pronukleide und des Verbots der Embryo-Kryokonservierung sowie die Möglichkeit der Pronukleide- bzw. Embryonenadoption und -spende spielen dabei eine zentrale Rolle.

### Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) → Themen → 14 – Gesundheit → Gesundheit der Bevölkerung → Fortpflanzung, Gesundheit der Neugeborenen → Daten, Indikatoren → Medizinisch unterstützte Fortpflanzung: Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung, definitive Zahlen 2008 inkl. Follow-up der Schwangerschaften (Stand am 12.3.2010).
- 2 Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM): [www.sgrm.org](http://www.sgrm.org) → FIVNAT-Kommission → Jahresberichte → FIVNAT-Statistiken 2008 und Annual Report 2008.
- 3 Bundesamt für Statistik: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch): → 14 – Gesundheit → Gesundheit der Bevölkerung: Fortpflanzung, Gesundheit der Neugeborenen → Daten, Indikatoren → Medizinisch unterstützte Fortpflanzung: Behandlungen 2007–2008 (Excel-Dokument).

### Weitere Links und Dokumente

- Schweizerische Eidgenossenschaft: [www.admin.ch](http://www.admin.ch) → Dokumentation → Gesetzgebung → Systematische Sammlung → Landesrecht → 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit → 81 Gesundheit → 810.11 → SR 810.11 Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) (Stand am 13.06.2006).
- Schweizerische Eidgenossenschaft: [www.admin.ch](http://www.admin.ch) → Dokumentation → Gesetzgebung → Systematische Sammlung → Landesrecht → 8 Gesundheit – Arbeit – Soziale Sicherheit → 81 Gesundheit → 810.112.2 > SR 810.112.2 Fortpflanzungsmedizinverordnung vom 4. Dezember 2000 (FMedV) (Stand am 28.12.2000).